Ein Fall von multiplem Fibroadenoma intracanaliculare der Mamma und Vulva.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

K. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Otto Eisenreich

Medizinalpraktikant aus München.

München 1906

Druck von H. Kutzner, Frauenstraße 20.

Ein Fall von multiplem Fibroadenoma intracanaliculare der Mamma und Vulva.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfaßt und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

K. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Otto Eisenreich

Medizinalpraktikant aus München.

München 1906

Druck von H. Kutzner, Frauenstraße 20.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent:

Herr Geheimrat Prof. Dr. Ritter von Angerer.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Die Geschwülste der äusseren weiblichen Genitalien nehmen, was die Häufigkeit ihres Vorkommens anlangt, im Vergleiche zu denen der übrigen Geschlechtsorgane nur eine untergeordnete Stellung ein, während sie ihrer Lage nach von der grössten Bedeutung sein können, so z. B. als Geburtshinderniss.

Für die relative Seltenheit dieser Geschwülste möchte ich eine Statistik Gurlt's anführen, die dieser in Langenbeck's Archiv XXV Heft 2 veröffentlicht. Gurlt fand unter 11140 Frauen mit gut- und bösartigen Neubildungen 3723 mit Geschwülsten der Genitalorgane, davon betrafen 89 die Vulva.

v. Winckel fand nach der in seinem Lehrbuch der Frauenkrankheiten angegebenen Zusammenstellung unter 10218 Frauen 58 Fälle von Neubildungen der Vulva, darunter

19 Cysten
17 Carcinome
5 Papillome
4 Fibrome
4 Lupus
3 Lipome
3 Sarcome
2 Elephantiasis
1 Myxom.

Ein Adenom ist weder in Gurlt's noch in v. Winckel's Statistik erwähnt.

Auch in der übrigen mir zugänglichen Litteratur finden sich nur sehr wenige Tumoren dieser Art beschrieben. Ehe ich jedoch auf diese Fälle von Adenomen der Vulva näher eingehe, sei es mir gestattet, im Folgenden einen Fall anzuführen, der im Sommersemester 1905 an der hiesigen Chirurgischen Klinik zur Operation kam.

Anamnese: Die 43 Jahre alte Patientin gibt an, seit ungefähr 20 Jahren in der linken Brust eine harte Geschwulst zu haben, die anfangs sehr langsam, seit ca. 5 Jahren jedoch etwas rascher gewachsen sei. Während die Geschwulst früher nie schmerzhaft gewesen sei, seien während der letzten Jahre hin und wieder stechende Schmerzen in der Brust aufgetreten.

Seit ca. 7 Jahren hat Patientin eine ähnliche, harte Geschwulst in der Glutaealgegend.

Seit ungefähr 1½ Jahren besteht auch an der rechten grossen Schamlippe eine langsam wachsende, derbe, nicht schmerzhafte Geschwulst.

Patientin war niemals gravida, kann sich auch nicht erinnern, je ein Trauma erlitten zu haben.

Ein Bruder der Patientin hat sich zu wiederholten Malen an ähnlichen Neubildungen operieren lassen. Der Vater starb an Lungenentzündung, die Mutter und die übrigen Geschwister leben und sind gesund.

Status praesens: Grosse kräftige Frau, in gutem Ernährungszustand, blühendem Aussehen.

Lungen ohne pathologischen Befund. Herz-

dämpfung etwas nach rechts verbreitert. Töne über allen Ostien rein, Herzaction kräftig, gleichmässig, nicht beschleunigt.

In der linken vergrösserten, jedoch nicht entzündlichen Mamma fühlt man, hauptsächlich in den beiden oberen Quadranten einen etwas über Mannsfaust grossen derben Tumor, dessen Oberfläche deutlich höckerig ist. Die Haut über der Geschwulst ist gut verschieblich, während diese selbst auf ihrer Unterlage gering gradig fixiert ist. Druckempfindlichkeit besteht nicht. Die Mamilla ist nicht eingezogen, geschwellte Lymphdrüsen nicht nachzuweisen.

In der linken Glutaealgegend, nahe der rima glutaealis findet sich ein gut wallnussgrosser, nicht schmerzhafter, cystischer Tumor, der zapfenförmig in die Tiefe greift, sich jedoch ziemlich gut von dem umgebenden Gewebe abgrenzen lässt.

An der rechten grossen Schamlippe, nahe des Ausführungsganges der Bartholinischen Drüse besteht ebenfalls eine klein Hühnerei grosse Geschwulst, die sich derb anfühlt und von dem umgebenden Gewebe gut abgrenzbar ist. Die Haut über der nicht druckempfindlichen Geschwulst ist verschieblich, leicht livide verfärbt.

11. V. In Lokalanaesthesie mit 1% Kokainlösung wird ambulant die Labialgeschwulst enukleiert. Catgutnaht. Jodoform. Trockener Verband.

20. V. Wunde reizlos, trocken.

23. V. In Chloroformnarkose wird stationär die ganze linke Mamma amputiert, die Wundränder nach Einlegung eines Drainrohres durch Seidennähte vereinigt. Trockener Verband Wunde an der Vulva verheilt.

26. V. Brustwunde reaktionslos, Entfernung des Drains. Trockener Verband. Allgemeinbefinden gut.

30. V. Entfernung der Nähte. Wunde fast geschlossen.

7. VI. Wunde vollständig verheilt.

10. VI. Pat. klagt noch über ein Gefühl der Spannung in der linken Brustseite, ist sonst beschwerdefrei. Der Tumor der Glutaealgegend wird auf Wunsch der Patientin nicht entfernt.

Befund des Tumors der Mamma.

Der Tumor der Mamma ist von einer derben, fibrösen Kapsel eingeschlossen und lässt sich ohne besondere Schwierigkeiten aus dem normalen Mamma-Gewebe auslösen. Er hat die Grösse einer Mannsfaust und setzt sich aus mehreren, bis etwa Taubenei grossen Teilen zusammen, welche auf dem Durchschnitt einen drüsenähnlichen Bau zeigen. Die einzelnen Drüsengänge sind umgeben von einem sehr stark entwickelten sich derb schneidenden fibrösen Gewebe. Kalkeinlagerungen, sowie grössere cystische Erweiterungen der Drüsenlumina fehlen.

Mikroskopisch zeigt der Tumor der Mamma ein derbes, fibröses Stroma, das stellenweise in hyaliner Umwandlung begriffen ist und an diesen Stellen nur wenig Kerne aufweist, während an anderen Stellen die Kerne sehr dicht stehen und dem ganzen Stroma einen fast spindelzellen-sarcomähnlichen Charakter verleihen.

In das Stroma eingesprengt sind zahlreiche, vielfach verzweigte, von kubischem Epithel ausgekleidete Drüsengänge, von denen einige cystisch erweitert, andere wieder vollständig collabiert sind, so dass sich die Wände berühren. In der Wand dieser erweiterten Kanäle treten vielfach kleine, circumscripte, knotige Verdickungen des Stromas auf, die sich in das Kanallumen hinein vorwölben, das Epithel vor sich herschiebend. Durch multiples Auftreten dieser Fibrome in der ganzen Ausdehnung der Kanäle wird das Kanallumen mehr und mehr verengt, schliesslich resultiert ein solider, schmaler Epithelstreifen, der Zick-Zack-förmig verläuft, entsprechend der ursprünglichen Grenzlinie der einzelnen Fibrome. Es lassen sich an den meisten Stellen alle Übergänge von erweiterten Kanälen mit geringer Wandfibrombildung bis zur völligen Obliteration derselben nachweisen. Vereinzelt ist auch der solide Epithelstrang, der den Rest des ursprünglichen Kanales darstellt, weiterhin hochgradig verdünnt, besteht nur mehr aus ganz schmalen Epithelzellen, die schliesslich auch verschwinden können, bis nur mehr ein dünner, etwas dunkel

gefärbter, bindegewebiger Streifen den Sitz des ursprünglichen Kanales anzeigt.

Befund der Vulva-Geschwulst.

Auch in dieser Geschwulst findet sich ein derbes bindegewebiges Stroma mit ziemlichem Reichtum an Zellen und Gefässen. In das Stroma eingelagert sind zahlreiche Kanäle, die von kubischem Epithel ausgekleidet sind. Das Epithel ist vielfach drüsenförmig ausgestülpt, die Ausstülpungen durchwegs kurz. Neben diesen Ausstülpungen finden sich zahlreiche, intracanaliculäre Vorwölbungen des Epithels, hervorgerufen durch circumscripte Wucherung des subepithelialen Stromas, so dass stellenweise polypenartige Wucherungen in den Kanälen selbst wahrzunehmen sind. Auch in diesem Tumor sind die Kanäle zum Teil cystisch erweitert. Einzelne dieser Cysten und der Kanäle sind durch die starke papilläre Wucherung der Wand hochgradig verengt, nirgends aber vollständig komprimiert.

Auf Grund dieser makro- und mikroskopischen Befunde muss man beide Tumoren als fibroadenoma intracanaliculare bezeichnen.

Und in der Tat bestehen auch nur geringe Unterschiede zwischen beiden. So sind bei der Geschwulst der Vulva die einzelnen Drüsen von beträchtlicherer Grösse, während die Wandfibrome geringer entwickelt sind, als beim Tumor der

Mamma. Auch fehlen bei der Neubildung der Schamlippe die vollständige Kompression des Kanallumens durch die sich berührenden, intracanaliculären Wucherungen, sowie die hyaline Degeneration des Stromas.

Bei der grossen Ähnlichkeit des histologischen Befundes beider Neubildungen ist der Gedanke an einen Zusammenhang beider gegeben und hierbei wohl das Nächstliegende die Frage nach Metastasenbildung des Tumors der Mamma (als des älteren) in der Vulva.

Allein diese Annahme ist insoferne von vorneherein hinfällig, als das ausserordentlich langsame Wachstum der Tumoren sowie das geradezu blühende Aussehen der Patientin zur Diagnose „gutartige Tumoren“ drängen, gut artige Tumoren aber nicht metastasieren. Für die Gutartigkeit spricht neben dem klinischen Verlauf auch noch das verdrängende Wachstum beider Tumoren im Gegensatz zum infiltrierenden Wachstum eines bösartigen Tumors. Gegen die Annahme, Metastase, lässt sich ferner noch die starke fibröse Abkapselung beider Tumoren gegen das Nachbargewebe, sowie die leichte Möglichkeit der Ausschälung aus demselben anführen. Zum Schlusse spricht gegen Metastase noch die hohe, normalem Gewebe ähnliche Organisation beider Geschwülste. Es sind also beide Tumoren unabhängig von einander entstanden. Allein während der Ausgang der Mammageschwulst zweifellos in der Mamma selbst zu suchen ist, ist der der zweiten

Geschwulst insoferne weniger klar, als für die Neubildungen der Vulva gewöhnlich zwei Stellen in Betracht kommen, von denen aus die Bildung der Geschwulst erfolgt. Es sind dies die Bartholinischen Drüsen oder versprengte Keime aus der Zeit der ersten Anlage des Urogenitalapparates. Wie die Verlagerung dieser Keime zustande kommt, darüber gehen die Ansichten auseinander. Ribbert nimmt in seiner Geschwulstlehre an, dass die aktiv losgelösten Keimzellen in den Wolff'schen Gang und von da in die Vagina, Vulva oder Cervix uteri gelangen. Im gegebenen Falle spricht die Lage der Geschwulst in unmittelbarer Nähe der Bartholinischen Drüse sowie die Ähnlichkeit des histologischen Baues mit dem der Bartholinischen Drüse dafür, dass die Neubildung ihren Ausgangspunkt von der Bartholinischen Drüse genommen hat.

Nach Erledigung der Frage über einen eventuellen Zusammenhang und über Herkunft beider Tumoren ergibt sich von selbst die Tatsache, dass es sich im beschriebenen Falle um das primäre multiple Auftreten eines Fibroadenoms in der Mamma und in der Vulva handelt.

Über das primäre multiple Auftreten von Tumoren überhaupt äussert sich Oberndorfer in seiner Arbeit: „Über Multiplizität von Tumoren" folgendermassen:

Um die Frage der ursachlichen Momente für die primäre Multiplizität von gut- oder bösartigen Tumoren zu erörtern, wird es notwendig sein,

auf die heute geltenden Anschauungen über die Entstehung der Tumoren etwas einzugehen; zwei verschiedene Theorien kommen hier in Betracht: die eine nimmt an, dass durch degenerative Zustände Zellen plötzlich oder allmählich eine derartige Veränderung ihrer physiologischen und biologischen Eigenschaften erleiden, dass sie infolge ihrer Eigenschaften nicht mehr den Gesetzen ihres Muttergewebes unterliegend zur schrankenlosen Wucherung führen können; hiebei müsste man sich die Geschwulstzellen als etwas ganz anderes vorstellen, als die normalen Zellen, aus denen sie hervorgegangen sind. Gleichzeitig nimmt diese Theorie an, dass diese Umwandlung der normalen Zellen in Geschwulstzellen auch bei dem weiteren Wachstum der Geschwulst durch Apposition neuer veränderter Zellen eine grosse Rolle spielt.

Die zweite Theorie, die Cohnheim aufgestellt und Ribbert erweitert hat, sieht von der Degeneration von Zellen ab; sie nimmt an, dass die die Geschwulst zusammensetzenden Zellen dieselben Eigenschaften haben, wie die Zellen, aus denen sie hervorgegangen sind, ihr eigenartiges Wachstum nur durch die besonderen Lagerungsverhältnisse dieser Zellen bedingt sind. Und diese sollen dadurch gegeben sein, dass durch irgend welche Prozesse Zellen aus ihrem normalen Zusammenhang gerissen und isoliert werden; diese isolierten Zellen, die nicht mehr unter den normalerweise auf sie einwirkenden regulieren-

den und nutritiven Einflüssen ihrer gewohnten Umgebung stehen, können durch Veränderung oder Fortfall dieser Einflüsse schrankenlos weiterwachsen, da wir ja die Proliferationsenergie als eine allen Zellen immanente Grundeigenschaft anerkennen müssen.

Dieser Theorie schliesst sich auch Oberndorfer an. Unter die Beispiele, die er zur Bekräftigung derselben anführt, liesse sich auch der von mir beschriebene Fall einreihen.

So häufig nun die Fälle von multiplen Adenomen an anderen Körperstellen sind, so finde ich doch in der mir zugänglichen Literatur keinen Fall, wie der von mir beschriebene. Es liegt dies wohl hauptsächlich darin begründet, dass eben die Adenome der Vulva sehr selten vorkommen.

Von den wenigen, genauer beschriebenen Adenomen der Vulva möchte ich im Folgenden zwei anführen, deren histologisches Verhalten mit meinem Falle Ähnlichkeit aufweist Als erstes ein von Emondo Coen in Ziegler's Beiträgen zur pathologischen Anatomie Bd. 8 beschriebenes Cystadenom, ausgehend von der Bartholinischen Drüse.

I. Ein sechzehnjähriges Mädchen hat seit ca. vier Jahren in der rechten Schamlippe eine Geschwulst, die anfangs haselnussgross allmählich zur Grösse eines Truthühnereies angewachsen ist. Seit etwa 5 Monaten verursacht diese beim Sitzen und Gehen ziehende Schmerzen. Menses,

vom 13. Lebensjahre an regelmässig, haben seit einem Jahre aufgehört.

Die Untersuchung ergibt einen Truthühnerei grossen Tumor der rechten grossen Schamlippe, der sich in seinen tieferen Partien derb, in seinen oberflächlicheren weicher anfühlt, Fluetuation ist nicht nachweisbar. Durch die über der Geschwulst verschiebliche Haut fühlt man deutlich leichte Einschnürungen. Bei der in Chloroformnarkose vorgenommenen Entfernung zeigte sich die Neubildung vorne und seitlich leicht auslösbar und verursachte nur an ihrer Basis infolge der Blutung aus einem hier sehr gefässreichen Gewebe einige Schwierigkeit.

Die makroskopische Betrachtung ergibt eine weissliche, unregelmässig ovale Geschwulst von wechselnder Konsistenz. Bei Spaltung in der Längsachse ergeben sich zwei Haselnussgrosse Cysten, von denen die eine in der Mitte des Tumors liegt und eine schleimige, fadenziehende Flüssigkeit enthält. Die andere liegt mehr an der Peripherie und enthält neben der schleimigen, fadenziehenden Flüssigkeit noch eine weissgraue Substanz, welche ihrer Hauptsache nach aus degenerierten Epithelien besteht.

Eine andere Besonderheit beruht darin, dass bei Durchschneidung der Geschwulst in ihr kleine Knoten von besonderem Aussehen erscheinen, welche von dem umgebenden Gewebe scharf abgegrenzt sind, und ein fleischfarbenes Kolorit zeigen. Diese Knoten stehen mehr oder weniger

nahe beieinander. Ihre Grösse wechselt von der einer kleinen Nuss bis zu der eines Maiskornes und weniger.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden mehrere Stücke aus verschiedenen Teilen genommen, und zwar:

1) ein Stück, dargestellt durch einen der beschriebenen Knoten, welcher sich fast in der Mitte der Neubildung befand.

Dieser Teil besteht aus adenomatösem Gewebe, entsprechend dem Drüsengewebe, der zusammengesetzten acinösen Drüsen. Man sieht deutlich Drüsenläppchen, durch Bindegewebe getrennt. Die Acini, welche diese Läppchen ausmachen, sind von verschiedener Grösse, da sie mehr oder weniger erweitert und an verschiedenen Punkten mit knospenartigen Sprossen versehen sind. Die epitheliale Auskleidung dieser Acini und der Auswüchse besteht aus zylindrischen Epithelialzellen mit deutlichem runden Kern, welcher in dem untersten Teil der Zelle liegt, ganz nahe dem Punkte, wo diese auf der Basalmembran aufsitzt. In dem Innern der Acini sieht man stellenweise Ansammlungen von Schleim. Zwischen den Läppchen liegt kompaktes Bindegewebe, mit Gefässen versehen, welches hie und da Anhäufungen vom Lymphzellen zeigt, von denen einzelne auch um die Acini vorkommen.

2) Ein Stück aus der Wand der peripher gelegenen Cyste und dem anstossenden Gewebe.

Die Cystenwand wird durch dichtes Bindegewebe gebildet, reich an Kernen und reichlich mit Gefässen versehen, deren Wände etwas verdickt sind. Dieses Bindegewebe sendet bis in das Innere der Cyste sich erstreckende, papillenähnliche Verlängerungen aus. Das die Cystenwand und die Papillen überziehende Epithel besteht aus niedrigen Zylindern mit deutlichem Kern. An einigen Stellen, besonders zwischen den Papillen, zeigt sich das Auskleidungs-Epithel mehrschichtig und fast kubisch. In Berührung mit der Cystenwand findet sich Gewebe, ähnlich dem sub 1 beschriebenen, nur sind hier die Acini grösser und unregelmässiger und die Epithelelemente im Zustand schleimiger Entartung. Auch finden sich einzelne Herde von Leukozyten eingesprengt.

3) Ein kleines Stück von der Peripherie der Geschwulst von dem unteren hinteren Teil.

Dieser Teil der Geschwulst besteht in seinem inneren Abschnitte aus Adenomläppchen, welche den bis jetzt beschriebenen ganz ähnlich sind. Im äusseren Teile finden sich Bünden von Muskelzellen und Bindegewebe im Zustande der Sprossung, durchsetzt von Leukozyten

Auf Grund dieses Befundes stellt Coen die Diagnose Cystadenom ausgehend von der Bartholinischen Drüse.

Der II. Fall betrifft eine von J. Marx als Ge-

genstand seiner Inaugural-Dissertation beschriebenes papilläres Cystadenom der Vulva.

Eine 42jährige Frau, die bereits drei vollständig normal verlaufene Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten überstanden hat, bemerkt im 2. Monat ihrer 4. Gravidität in der rechten grossen Schamlippe eine wallnussgrosse Geschwulst. Diese wächst relativ schnell, ohne zunächst Beschwerden zu verursachen. Im 6. Monat jedoch treten heftige stechende Schmerzen in der rechten grossen Schamlippe auf; dabei besteht eine leichte Entzündung derselben. Die Schmerzen steigern sich derart, dass ärztliche Hilfe aufgesucht wird. Der zu Rate gezogene Arzt konstatiert einen Tumor in der rechten grossen Schamlippe und rät zur operativen Entfernung.

Befund: Mittelgrosse, gut genährte Frau, von gesundem Aussehen. Herz und Lunge ohne pathologischen Befund. Fundus uteri steht entsprechend dem Ende des sechsten Schwangerschaftsmonats ca. 2 Querfinger unterhalb des Nabels. Kindsteile zu fühlen.

An den äusseren Genitalien sieht man die rechte grosse Schamlippe durch eine ca. kleinfaustgrosse Geschwulst ausgedehnt. Der Tumor nimmt etwas mehr den hinteren Abschnitt des rechten grossen Labiums ein. Die Haut über der stark ausgedehnten Partie ist gering livide verfärbt, sonst unverändert. Zieht man die Labien auseinander, so bemerkt man, dass sich die Ge-

schwulst etwas nach innen in die Vulva fortsetzt. Das rechte kleine Labium ist über der Geschwulst vollkommen verstrichen. Der annähernd rundliche Tumor lässt einzelne Unebenheiten fühlen, seine Konsistenz ist prall elastisch, Fluctuation vorhanden. Die Geschwulst ist allseitig gut abgrenzbar, etwas verschieblich. Sonst ist an den Genitalien nichts pathologisches nachweisbar.

In Narkose wird am 5 V. 05 die Haut in der Längslinie gespalten, und der Tumor ausgelöst, wobei einzelne stärkere bindegewebige Stränge zu lösen sind, was stellenweise Schwierigkeiten bereitet. Während der Enukleation platzt der Tumor und es entleert sich eine bräunliche, serös-schleimige Flüssigkeit. Starke Blutungen machen zahlreiche Unterbindungen notwendig. Die Heilung der Wunde nimmt einen ungestörten Verlauf.

Am fünften Tage nach der Operation erfolgt spontan die Geburt eines nicht ausgetragenen macerierten Kindes. Am 17. V. 05 wird die Patientin als geheilt aus dem Krankenhause entlassen.

Makroskopisch besteht die Geschwulst aus mehreren grossen Cysten, die zum Teil durch kleine Kanäle in Zusammenhang stehen. Die Cystenwände sind sehr dick, und aus derbem fibrösem Gewebe bestehend. Die Cysteninnenwand ist von flachen, pilzförmigen, warzenartigen bräunlich gefärbten rundlichen oder ovalen Excrescenzen bedeckt, die sämtlich von sehr fester

Konsistenz sind, und auf der Schnittfläche als Grund der Erhebung der Cystenwand nur eine Verdickung des Cystenbindegewebes ohne wesentliche Beteiligung des Epithels zeigen. An dem, zwischen den beiden grössten Cysten befindlichen dicken, bindegewebigen Septum finden sich kleine drüsenähnliche Hohlräume, die zum Teil ebenfalls mit den grösseren Cysten in Verbindung treten. Die äussere Fläche der Cyste ist von bindegewebigen Auflagerungen bedeckt.

Mikroskopischer Befund.

a) Schnitt durch die Cystenwand mit papillären Wucherungen: Die Cystenwand besteht aus einer ziemlich derben, dichten Lage von Bindegewebe, welches ziemlich reichlich vascularisiert ist. Die oberflächlichsten Schichten des Bindegewebes sind sehr stark rundzellig infiltriert. Die rundzellige Infiltration geht strangförmig auf die tieferen Schichten über. Die Oberfläche der Cyste ist ausgekleidet mit einem mehrzeiligen Zylinderepithel, dessen basale Zellen klein, mit stark färbbaren Kernen versehen sind, während die zwischen sie mit ganz schmalen Fortsätzen eingelagerten Zellen der oberen Schichten kolbenförmig die Schichte der basalen Zellen überragen.

b) Schnitt durch das bindegewebige Septum: dasselbe zeigt sehr zahlreiche drüsenartige Ein-

lagerungen mit weiten Ausführungsgängen. Die Drüsen sind ausgekleidet mit einem kubischen Epithel, mit basalgelagerten Kernen. Der Drüsentypus ist der der gelappten alveolören Drüsen. Das ganze Stroma ist überall stark rundzellig infiltriert. In demselben finden sich zahlreiche Hohlräume, die mit dem gleichen Epithel wie die grossen Cysten ausgekleidet sind.

Auch Marx bezeichnet als Ausgangspunkt des von ihm beschriebenen Tumors die Bartholinischen Drüsen.

Vergleicht man die beiden von Coen und Marx angegebenen Geschwülste mit der von mir beschriebenen, so ergeben sich mehrere Gleichheiten:

Vor allem der drüsige Bau aller drei Tumoren, ferner der allen gemeinsame Reichtum an Gefässen, die kubische Form des die Drüsenlumina auskleidenden Epithels und endlich die cystische Erweiterung der Drüsengänge. Allein während bei meinem Falle die Erweiterung der Drüsenlumina erst im mikroskopischen Bilde wahrzunehmen ist, tritt bei den beiden anderen Tumoren die cystische Entartung schon makroskopisch in den Vordergrund.

Ein weiterer hauptsächlicher Unterschied liegt ferner im Verhalten der bindegewebigen Elemente. Während in meinem Falle die Drüsenlumina durch die fibrösen Wucherungen stellenweise fast vollständig komprimiert sind, ist in den beiden

anderen Fällen das fibröse Element nur spärlicher entwickelt zu Gunsten der cystischen Erweiterung der Drüsenlumina.

Es ist mir eine angenehme Pflicht Herrn Geheimrat Dr. Ritter v. Angerer für die gütige Übernahme des Referates, Herrn Oberarzt Dr. Gebele und Herrn Prosector Dr. Oberndorfer für die freundliche Unterstützung meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Literatur-Übersicht.

1) Gurlt: Langenbecks Archiv XXV Heft 2.
2) v. Winckel: Lehrbuch der Frauenkrankheiten.
3) Ribbert: Geschwulstlehre.
4) Oberndorfer: Über Multiplizität von Tumoren. Münch. med. Wochenschrift 1905 Nr. 31.
5) Edmondo Coen: Zieglers Beiträge zur patholog. Anatomie Bd. 8, pag. 424.
6) J. Marx: Inaugural-Dissertation. München 1905.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit wurde am 22. Mai 1881 als der Sohn des praktischen Arztes Dr. F. X. Eisenreich zu München geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt derselbe am kgl. Maximiliansgymnasium vom Jahre 1891—1895, dann am kgl. Ludwigsgymnasium zu München, das er im Jahre 1900 mit dem Reifezeugnis verliess, um an der Universität München sich dem Studium der Medizin zu widmen. An dieser Universität verblieb er die ganze Studienzeit hindurch mit Ausnahme des Sommersemesters 1903, das er an der Universität Tübingen verbrachte. Im Wintersemester 1905/06 begann er an der Universität München die Approbationsprüfung und vollendete dieselbe am 31. I. 06.